

Un mal répandu

Insomnie chronique – un motif de consultation fréquent

Compte tenu du fait que 10% des patientes et patients au cabinet de médecine de famille souffrent d'une insomnie chronique, cet article vise à sensibiliser à ce thème. Le diagnostic repose principalement sur une anamnèse du sommeil détaillée et peut être posé au cabinet médical. Les recommandations de traitement donnent la priorité aux mesures non pharmacologiques, mais il existe un écart important entre les recommandations et les pratiques de prise en charge réelles. L'objectif est de sensibiliser davantage à l'efficacité des traitements non médicamenteux et d'améliorer ainsi la qualité du traitement médical des personnes souffrant d'insomnie chronique.

Katja Weiss; Oliver Senn

Institut für Hausarztmedizin, Universitätsspital Zürich, Universität Zürich

Historique

L'insomnie, un terme qui trouve ses racines étymologiques dans les mots latins «in» (aucun) et «somnus» (sommeil), désigne un trouble du sommeil complexe, qui se manifeste principalement par des difficultés à s'endormir ou à rester endormi [1]. L'importance historique de cette maladie devient évidente lorsqu'on sait que Johann Heinroth l'a déjà identifiée en 1818 comme le premier trouble psychosomatique [2]. Cliniquement, l'insomnie se manifeste par une insatisfaction subjective vis-à-vis de la quantité et/ou de la qualité du sommeil, ce qui a des répercussions profondes sur la vie quotidienne [2].

Une patiente de 58 ans vous consulte dans votre cabinet de médecine de famille et se plaint de fatigue diurne et de troubles du sommeil, ce qui soulève la question suivante: L'insomnie est-elle fréquente au cabinet médical et quelles en sont les conséquences?

L'insomnie est un problème de santé très répandu, qui touche 10–20% de la population générale [1, 3]. Environ la moitié des personnes touchées par cette maladie ont une forme chronique, caractérisée par une insomnie persistante d'au moins trois mois, avec au moins trois nuits affectées par semaine [4]. En 2018, une enquête systématique sur la qualité du sommeil menée auprès de 2432 patientes et patients du réseau suisse Sentinella [5, 6] a révélé que 36% d'entre eux faisaient état de troubles du sommeil actuels. Parmi eux, 11%

répondaient aux critères diagnostiques de l'insomnie chronique, les femmes étant significativement plus touchées (61%). Près de la moitié de toutes les personnes interrogées avaient des troubles du sommeil actuels ou passés, et un tiers des patientes et patients ayant des troubles du sommeil actuels remplissaient les critères d'une insomnie chronique.

L'insomnie chronique altère le bien-être au quotidien. Les effets peuvent être divers, allant de sensations subjectives telles que la fatigue et les fluctuations de l'humeur à des restrictions de la performance au travail, par exemple en raison d'une concentration réduite. Le comportement social peut lui aussi être affecté, avec des symptômes tels que l'irritabilité ou le retrait social [4].

L'insomnie chronique affecte non seulement le fonctionnement quotidien, mais augmente également le risque de maladies cardiovasculaires [7, 8], de diabète [9] et de troubles psychiques, dont la dépression [10, 11] et les troubles bipolaires [12]. Des études épidémiologiques ont montré que l'insomnie peut augmenter le risque de développer des troubles anxieux [13] et une dépendance à des substances [14].

Quels examens réalisez-vous?

L'anamnèse du sommeil joue un rôle central dans le diagnostic des troubles du sommeil. Il est essentiel de recueillir une anamnèse du sommeil exhaustive, en tenant compte des as-

pects de la santé physique et psychique. L'interrogatoire détaillé sur les symptômes au cours de la journée et les expériences personnelles en matière de sommeil peuvent fournir des informations diagnostiques supplémentaires importantes. Des questions spécifiques sur des phénomènes tels que la cataplexie, la paralysie du sommeil, les céphalées matinales, les mictions nocturnes (nycturie), le ronflement, les pauses respiratoires observées, les variations saisonnières des symptômes ou les troubles moteurs nocturnes orientent le diagnostic [15, 16]. Outre une anamnèse minutieuse, les questionnaires et les journaux de bord du sommeil peuvent également être des instruments diagnostiques précieux. L'évaluation de l'insomnie peut se faire facilement à l'aide de l'indice de sévérité de l'insomnie (*Insomnia Severity Index*) [5], largement répandu au niveau international, ou de la *Regensburg Insomnia Rating Scale* [17]. Les deux instruments évaluent les symptômes d'insomnie, y compris le bien-être diurne [18]. L'efficacité du sommeil peut être déterminée en tenant un journal de bord du sommeil (temps de sommeil réel divisé par le temps passé au lit, multiplié par 100). Une efficacité du sommeil saine est d'environ 85% chez les personnes âgées de <60 ans et diminue à environ 80% avec l'âge [19]. Sur la base de ce qui précède, il apparaît que le diagnostic d'insomnie chronique peut être établi au moyen de l'anamnèse, sans qu'une polygraphie ou une polysomnographie soit obligatoirement néces-

saire, ce qui permet également aux médecins de famille de le poser.

Chez la patiente, la cause du trouble du sommeil s'est avérée être une insomnie chronique (primaire) avec pour conséquence une somnolence diurne. Quelles sont les approches thérapeutiques basées sur l'évidence pour le traitement de l'insomnie?

Dans le traitement de l'insomnie, l'accent est mis sur l'amélioration de la qualité et de la quantité du sommeil, ainsi que sur la réduction

de la souffrance et de l'anxiété associées à un mauvais sommeil. De plus, les mesures thérapeutiques visent à augmenter le fonctionnement diurne des personnes concernées [20]. Il existe deux approches principales pour le traitement de l'insomnie: les méthodes pharmacologiques (tab. 1) et non pharmacologiques (tab. 2) [21], les traitements non médicamenteux étant en principe à privilégier.

Alors que les médicaments sont généralement indiqués pour une utilisation à court

terme (ou en accompagnement jusqu'à ce que le traitement non médicamenteux agisse), les méthodes thérapeutiques non pharmacologiques peuvent être plus avantageuses en cas d'insomnie chronique [21]. Les options thérapeutiques non pharmacologiques présentent des avantages favorables et durables par rapport au traitement pharmacologique [26].

D'après les lignes directrices actuelles, la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I) est considérée comme le trai-

Substances	Avantages	Inconvénients
Benzodiazépines (BZ) à longue durée d'action Diazépam, flurazépam, nitrazépam	• Effet de courte de durée	• Grand potentiel de dépendance • Tolérance • Retour possible des troubles du sommeil après l'arrêt • Somnolence diurne • Troubles de la mémoire et de la concentration • Risque de chute
Benzodiazépines (BZ) à courte durée d'action Midazolam, triazolam	• Effet de courte de durée	• Grand potentiel de dépendance • Tolérance • Retour possible des troubles du sommeil après l'arrêt • Somnolence diurne • Troubles de la mémoire et de la concentration • Risque de chute
Agoniste des récepteurs des benzodiazépines (ARBZ) Zolpidem, zopiclone (substances Z)	• Effet de courte de durée	• Grand potentiel de dépendance • Tolérance • Retour possible des troubles du sommeil après l'arrêt • Somnolence diurne • Troubles de la mémoire et de la concentration • Risque de chute
Antidépresseurs sédatifs Agomelatine, amitriptyline, mirtazapine, trazodone, trimipramine	(Off-label) • Chez les patients dépressifs, quand ceux-ci présentent une comorbidité et des troubles du sommeil	• Prise de poids (selon la préparation) • Influence sur le rythme cardiaque, examens de contrôle nécessaires (ECG)
Antipsychotiques Chlorprothixène, olanzapine, promazine, quétiapine	(Off-label) • Traitement des troubles du sommeil quand ceux-ci sont liés à des affections psychotiques	• Prise de poids • Altérations de l'hémogramme, troubles de la fonction hépatique • Influence sur le rythme cardiaque, examens de contrôle nécessaires (laboratoire, ECG)
Antihistaminiques	• En cas de troubles du sommeil aigus et occasionnels	• Tolérance rapide • Influence sur le rythme cardiaque, examens de contrôle nécessaires
Mélatonine libération prolongée	• Potentiellement efficace chez les enfants et les adolescents • Autorisé en Suisse pour le traitement de l'insomnie primaire chez les + de 55 ans	• Effet limité en cas d'insomnie sans trouble du rythme circadien
Phytothérapeutiques Valériane, houblon, mélisse, passiflore	• Pratiquement aucun effet indésirable médicamenteux	• Efficacité souvent insuffisante
Antagonistes doubles des récepteurs de l'orexine (DORA) Daridorexant (autorisé par Swissmedic, mais pas sur la liste des spécialités [LS de l'OFSP] rendant obligatoire une prise en charge des frais par l'AOS; une demande de prise en charge des frais peut être déposée via le formulaire suivant: https://www.medicins-conseils.ch/links/covercommitment/quviviq/)	• Effets positifs sur l'état et la capacité fonctionnelle durant la journée • Pas de développement de tolérance ou d'insomnie rebond	• Contre-indication en cas de prise concomitante de puissants inhibiteurs du CYP3A4 (par ex. itraconazole, clarithromycine, ritonavir) • Effet indésirables fréquents: céphalées, somnolence, sensation de vertige, fatigue, nausées • Coût: 149 CHF pour 30 comprimés, contre 9,80 CHF pour 30 comprimés d'un générique du zolpidem [25] (état en novembre 2023)

Tableau 1: Avantages et inconvénients des alternatives pharmacologiques [5, 22–25].

tement privilégié des troubles du sommeil chroniques chez les adultes de tous âges [27–30]. Cette forme de thérapie contribue non seulement à améliorer la qualité du sommeil, mais favorise aussi d’autres aspects de la santé psychique et du fonctionnement. Les possibilités d’utilisation d’éléments de la TCC-I au cabinet de médecine de famille ont déjà été décrites en détail dans cette revue dans le cadre d’une série d’articles sur l’insomnie [19]. Le traitement comprend généralement 6–8 séances de 30–90 minutes chacune [31]. La TCC-I a montré des effets significatifs sur la sévérité des troubles du sommeil, l’efficacité du sommeil et la qualité du sommeil. Habituellement, une amélioration du sommeil se produit en l’espace de quatre à huit semaines [31]. Les contenus des différents éléments de la TCC-I ne sont abordés que brièvement ci-après. La **psychoéducation** comprend l’élaboration commune de connaissances de base relatives au sommeil et leur application au quotidien [19]. Il est important de discuter des besoins individuels et des facteurs perturbant le sommeil. La **restriction du temps passé au lit**, un facteur d’action central de la TCC-I, doit améliorer la qualité du sommeil en augmentant la pression du sommeil. L’augmentation de l’efficacité du sommeil par la restriction du temps passé au lit

peut s’accompagner à court terme d’une aggravation des symptômes diurnes, d’où l’importance d’informer sur les effets indésirables possibles [19]. La thérapie cognitive vise à traiter les **pensées dysfonctionnelles** («de toute façon, je ne peux pas dormir») [19]. En outre, les patientes et patients devraient s’exercer à des **techniques de relaxation** physique comme la relaxation musculaire progressive et à des techniques de relaxation cognitive [19]. Il est important d’attirer leur attention sur le temps nécessaire à la réussite du traitement et de les motiver à poursuivre la thérapie même en cas de difficultés initiales.

Théorie et pratique: prise en charge actuelle en Suisse

L’utilisation importante des benzodiazépines (BZ) et des agonistes des récepteurs des benzodiazépines (ARBZ) ou «substances Z» dans le traitement de l’insomnie a suscité une attention croissante au cours des dernières années, tant au niveau international que national [32]. Les hypnotiques sont également fréquemment prescrits en Suisse, et jusqu’à 20% des adultes ont reçu au moins une fois une telle ordonnance [33], dont deux tiers ont été prescrits par des médecins de famille [34].

En 2018, la prévalence à un an extrapolée pour la population générale suisse était de 8,1% pour une ordonnance de BZ, de 3,5% pour une ordonnance d’ARBZ et de 10,5% pour une ordonnance de BZ et/ou d’ARBZ [34]. La proportion de patientes et patients ayant reçu plus de six ordonnances de BZ ou d’ARBZ en l’espace d’un an s’élevait à respectivement près d’un quart (23,1%) ou d’un tiers (35,2%) [34]. La prévalence de prescription augmente avec l’âge (environ 20% chez les personnes âgées de 65 à 69 ans à environ 30% chez les personnes âgées de ≥85 ans) [32] et est même presque deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes [32, 33, 35]. Il existe cependant des inquiétudes quant aux risques associés à l’utilisation des BZ, en particulier lorsqu’ils sont utilisés en même temps que d’autres médicaments et à des doses élevées [36], les BZ à courte durée d’action n’étant pas plus sûrs que les BZ à longue durée d’action [37, 38]. Les ARBZ tels que le zolpidem ou la zopiclone sont souvent considérés comme des alternatives plus sûres, mais ils présentent également des risques, tels qu’un risque accru de chutes et de blessures [39]. Les améliorations statistiquement significatives, mais marginales, du sommeil appor-

Traitement	Avantages	Inconvénients
Hygiène du sommeil • Chaque jour le même temps de sommeil • Rituels avant le coucher (lecture...) • Établissement d’une atmosphère de sommeil apaisante (si possible, ne pas utiliser la chambre à coucher pour autre chose que dormir) • Pas de siestes durant la journée • Pas de caféine, d’alcool, de nicotine, de grandes quantités de nourriture/boissons avant le coucher	• Sûr et efficace • Pas de frais • Bons effets au long cours	• L’application seule de mesures d’hygiène du sommeil est souvent peu efficace • Pas d’effet immédiat
Thérapie cognitivo-comportementale de l’insomnie (TCC-I) • Psychoéducation et recommandations pour un sommeil sain • Techniques de détente • Restriction du temps passé au lit • Contrôle des stimuli • Thérapie cognitive	• Sûr et efficace (même chez les patients âgés) • La thérapie favorise l’auto-efficacité: les patients apprennent à se venir en aide en cas de retour des symptômes • Bons effets au long cours • Résultats optimaux en cas d’accompagnement par un thérapeute • Offre en ligne disponible (https://blog.zurzachcare.ch/ksm-somnet-die-online-schlaftherapie) • Favorise également d’autres aspects de la santé psychique et de la capacité fonctionnelle	• Temps demandé • Pas d’effet immédiat • Longues attentes pour les rendez-vous thérapeutiques • Offres thérapeutiques limitées – recherche cantonale de thérapeutes via la SSPP (https://www.psychiatrie.ch/fr/sgpp)

tées par les hypnotiques contrastent avec leur risque accru de dépendance et d'événements indésirables potentiellement pertinents sur le plan clinique, en particulier chez les personnes âgées à risque de chutes et de troubles cognitifs [40, 41]. Chez les personnes âgées de plus de 60 ans, les avantages de ces médicaments peuvent ne pas justifier le risque accru, en particulier si la patiente ou le patient présente des facteurs de risque supplémentaires d'événements indésirables cognitifs ou psychomoteurs pouvant conduire à des hospitalisations aiguës non souhaitables [40]. Les événements indésirables cognitifs étaient presque cinq fois plus fréquents, les événements indésirables psychomoteurs presque trois fois plus fréquents et les signalements de fatigue diurne presque quatre fois plus fréquents chez les personnes âgées utilisant des sédatifs par rapport au groupe placebo [40].

Les données issues d'une étude sur la prise en charge en médecine de famille ont révélé que seul 1% des patientes et patients souffrant d'insomnie chronique recevait une TCC-I, considérée comme le traitement de première ligne recommandé [6]. En cas d'insomnie nouvellement diagnostiquée, les médecins privilégiaient les antidépresseurs et les somnifères phytothérapeutiques [6]. Dans les cas avec une dépression modérée comorbide, les antidépresseurs étaient le premier choix pour traiter les deux troubles simultanément. L'étude a également montré que de nombreux médecins subissaient des pressions pour prescrire des BZ/ARBZ [6]. En résumé, l'utilisation d'hypnotiques et de médicaments alternatifs pour le traitement de l'insomnie chronique doit faire l'objet d'une évaluation du rapport bénéfice/risque. En cas de tentative de traitement pharmacologique, celui-ci devrait être initié à la dose la plus faible possible, en particulier chez les personnes âgées. De plus, les effets indésirables potentiels devaient être surveillés.

La faible prescription de la TCC-I dans les cabinets médicaux peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment les connaissances limitées des médecins sur cette thérapie, l'accès limité aux professionnels pratiquant la TCC-I et les attentes des patientes et patients qui souhaitent être soulagés rapidement par des médicaments [6, 42].

Perspectives: renforcer les possibilités de traitement non pharmacologique dans la pratique

Les lignes directrices internationales et les efforts nationaux dans le cadre de la campagne *smarter medicine* (www.smartermedicine.ch) visent à prévenir et à stopper les (premières) prescriptions d'hypnotiques en cas de troubles

du sommeil chroniques dans le contexte des soins ambulatoires et hospitaliers [43–45].

La mise en œuvre de ces recommandations dans la pratique clinique quotidienne reste toutefois un défi, car l'arrêt ou la réduction de ces médicaments psychotropes est le plus souvent très difficile [46]. Les médecins de famille jouent un rôle décisif dans la prise en charge des patientes et patients insomniaques, car ils sont souvent les principaux prescripteurs de ces médicaments [34]. Grâce à leur relation de confiance avec les patientes et patients, la motivation à réduire la consommation de médicaments peut être régulièrement évaluée et les alternatives non pharmacologiques peuvent être abordées.

Une étude récemment publiée menée chez des patientes et patients souffrant d'insomnie chronique a montré que la restriction du sommeil, composante majeure de la TCC-I, est également efficace en tant que mesure individuelle [47]. Par rapport au groupe contrôle, qui a reçu des conseils généraux sur l'hygiène du sommeil, les patientes et patients du groupe d'intervention ont bénéficié au total de quatre séances individuelles avec instruction sur la restriction du sommeil en l'espace de quatre semaines. Après six mois, les problèmes de sommeil étaient moindres dans le groupe d'intervention et l'effet était encore visible après douze mois. L'aspect intéressant de cette étude est que les instructions relatives à la restriction du sommeil ont été données par le personnel soignant des cabinets de médecine de famille. Le personnel soignant a été préparé à cette intervention dans le cadre d'une formation de

quatre heures. Dans nos cabinets, nous avons de bonnes expériences en ce qui concerne la prise en charge interprofessionnelle des patientes et patients atteints de maladies chroniques, de sorte qu'une telle offre de traitement serait également envisageable chez nous. Toutefois, une mise en œuvre réussie nécessiterait d'une part des offres de formation appropriées pour le personnel de nos cabinets (AM/CMA) et d'autre part un système de rémunération adéquat.

Les cinq références principales

- 5 Maire M, Mair M, Scharf T, Duss S, et al. Standortbestimmung zum Insomnie-Management in der Hausarztpraxis. Primary and Hospital Care: Allgemeine Innere Medizin. 2022;22(3):81–4.
- 6 Maire M, Linder S, Dvořák C, Merlo C, Essig S, Tal K, et al. Prevalence and management of chronic insomnia in Swiss primary care: cross-sectional data from the "Sentinella" practice-based research network. J Sleep Res. 2020 Oct;29(5):e13121.
- 15 Riemann D, Espie CA, Altena E, Arnardottir ES, Baglioni C, Bassetti CL, et al. The European Insomnia Guideline: an update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. J Sleep Res. 2023 Dec;32(6):e14035.
- 18 Birrer E. Schlafstörungen – Leitliniengerechte Abklärung und Behandlung. Primary and Hospital Care: Allgemeine Innere Medizin. 21(04):2021;21(04):121–4.
- 19 Spath M, Hertenstein E, Schneider C, Trinca E, Maire M, Scharf T, et al. Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie in der hausärztlichen Praxis. Prim Hosp Care. 2022;22(3):76–80.

Correspondance

Dr. med. Katja Weiss
Institut für Hausarztmedizin
Universität Zürich
Pestalozzistrasse 24
CH-8091 Zürich
[Katja\[at\]weiss.co.com](mailto:Katja[at]weiss.co.com)

Conflict of Interest Statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Author Contributions

Concept: KW et OS; rédaction: KW; révision, édition, supervision: OS. Tous les auteurs et auteures ont lu le manuscrit soumis et sont coresponsables de tous les aspects de ce travail.



Références

La bibliographie complète se trouve dans la version en ligne de l'article à l'adresse <https://phc.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/phc-f.2024.1422058058/>